

後期高齢者医療に係る第三者行為による傷病届（交通事故）

被保険者	被保険者証の番号					フリガナ		生年月日			
	電話番号										
第三者	本人	住所					氏名		生年月日		
		電話番号									
	使用者	住所					名称		代表者		
		電話番号	( ) -								
事故の状況	発生日時	年 月 日		午前 午後		時 分頃					
	発生場所										
	事故原因及び状況										
診療関係	傷病名及び傷病の程度						初診	年 月 日			
							治癒までの見込	入院 通院 費用	日 日 円		
	保険医療機関	住所					名称		電話番号	( ) -	
		住所					名称		電話番号	( ) -	
損害賠償関係	示談等の交渉状況										
	自賠責保険	保険会社	名称					電話番号	( ) -		
		保険契約者	住所					氏名			
		保有者	住所					氏名			
		運転者	住所					氏名			
	保険証明書の番号							保険期間	年 月 日 年 月 日		
	車種				登録番号			車台番号			
	任意保険	保険会社	名称					電話番号	( ) -		
保険証券の番号							保険期間	年 月 日 年 月 日			
被保険者の人身傷害補償保険について		有 無	契約保険会社名				担当者名				
							電話 ( ) -				

上記のとおり届出します。

年 月 日

被保険者 住所

氏名



# 事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲(甲車の運転者)	氏名		乙(被害者)	氏名		<input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 甲車 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 甲車以外の車 <input type="checkbox"/> その他
速度	甲車	km/h (制限速度	km/h)	甲車以外の車	km/h (制限速度	km/h)
道路状況	見通し	<input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 良好	道路幅	甲車側 (    m)	甲車以外の車側 (    m)	
信号又は標識	信号	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	一時停止標識	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他標識	
事故発生状況を图示してください	事故発生状況略図 (道路幅を m で記入してください)					
	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 10px;">甲車</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 10px;">甲車以外の車</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 10px;">進行方向</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 10px;">信号</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 10px;">一時停止</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 10px;">一方通行</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 10px;">人</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="margin-right: 10px;">自転車 オートバイ</span> </div> </div>					
上記図の説明を書いてください	<div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div>					

年    月    日

甲との関係 (    )

乙との関係 (    )

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話                    (    ) \_\_\_\_\_

## 第三者傷害基本調査書（自動車事故）

事故発生年月日		年 月 日 午 前後 時 分頃				
事故発生場所						
自 賠 責 保 険	保 險 会 社 名					
	証 明 書 番 号					
	保 險 契 約 者	住 所				
		氏 名				
	自 動 車	種 別				
		都道府県名				
		登録又は車両番号				
		車台番号				
	保 險 期 間		自 至	年 月 日	午前 12 時	ヶ月間
	保 有 者	住 所				
		氏 名				
	運 転 者	住 所				
		氏名性別及び年令		男・女		歳
保有者との関係						
任 意 保 険	有 無		有 無			
	保 險 会 社 名					
	証 券 番 号					
	保 險 契 約 者	住 所				
		氏 名				
保 險 期 間		自 至	年 月 日	午前 12 時	ヶ月間	
備 考						

# 覚 書

\_\_\_\_\_年 月 日 \_\_\_\_\_において\_\_\_\_\_の不法行為により  
\_\_\_\_\_の被った保険事故について、高齢者の医療の確保に関する法律による医療  
給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を高齢者の医療の確保に  
関する法律第 58 条第 1 項の規定によって保険者が給付の価額の限度において取得、行使  
し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受けたときは受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、か  
つ遅滞なく貴職に届け出ること。

年 月 日

住 所

氏 名

㊞

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

(加害者側)

## 誓約書

貴保険者の後期高齢者医療の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

1. 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
2. 貴殿の書面承諾なしに示談したときは後期高齢者医療給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
3. 上記1の支払いに充てるため\_\_\_\_\_保険会社（農業協同組合）  
に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）  
中、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分  
については誓約者の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住所  
氏名 ④

保証人 住所  
氏名 ④

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

記

保有者	住所		
	氏名	証明書番号	
加害者 (運転者)	住所 ※		
	氏名 ※	誓約者との関係	※
被害者 (被保険者)	住所		
	氏名		

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく損害賠償請求に伴う個人情報提供  
の同意について

本件事故について、島根県後期高齢者医療広域連合が高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、第三者行為の事由により保険給付した損害賠償金を請求する際の関係書類として、本書（写）及び下記書類を島根県国民健康保険団体連合会及び 保険会社（農業共同組合）へ提供することに  
ついて同意する。

記

- ・ 第三者行為による傷病届（写）
- ・ 事故（事件）発生状況報告書（写）
- ・ 覚書（写）
- ・ 誓約書（加害者側）（写）
- ・ 第三者傷害基本調査書（加害者側・被害者側）（写）
- ・ 交通事故証明書（写）
- ・ 印鑑証明書（写）
- ・ 診療報酬明細書（写）
- ・ 診断書（写）
- ・ 示談書（写）
- ・ 人身事故証明書入手不能理由書（写）

年 月 日

住所

氏名

Ⓜ

島根県後期高齢者医療広域連合長 様